

Ombudsman
des assurances de
personnes



OmbudService
for Life & Health
Insurance

OAP • OLHI



Rapport annuel 2013-2014

Ombudsman
des assurances de
personnes



OmbudService
for Life & Health
Insurance

OAP • OLHI

Table des matières

- P.01** Faits saillants + Volume total des activités
 - P.02** Message de la présidente du conseil d'administration
 - P.03** Message de la directrice exécutive
 - P.04** Processus de traitement des plaintes
 - P.05** Sondage de satisfaction auprès des consommateurs
 - P.06** Statistiques sur les plaintes
 - P.08** Étude de cas : 1
 - P.09** Statistiques sur les enquêtes
 - P.10** Étude de cas : 2
 - P.11** Statistiques sur les demandes d'information
 - P.12** Étude de cas : 3
 - P.13** Statistiques sur les sites Web
 - P.14** Normes
 - P.15** Sociétés membres
 - P.16** Bureaux + membres du conseil d'administration
- États financiers

À propos de l'OAP

L'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) est un service indépendant de renseignements et de règlement des plaintes offert à tous les Canadiens qui souscrivent une assurance de personnes, qu'il s'agisse d'une assurance vie, d'une assurance invalidité, de prestations maladies pour les employés, d'une assurance voyage ou de produits de placement comme des rentes ou des fonds distincts.

Organisme sans but lucratif établi en 2002, l'OAP était connu sous le nom de Service de conciliation des assurances de personnes du Canada jusqu'au 17 août 2009. Notre conseil d'administration a accepté la désignation Ombudsman des assurances de personnes (OAP) pour mettre l'accent sur notre rôle de service indépendant de renseignements et de résolution de différends.

L'OAP est membre du Réseau de conciliation du secteur financier (RCSF), un service pancanadien de résolution de différends appuyé par les organismes de réglementation du secteur financier et les sociétés de services financiers canadiens. Notre personnel affecté aux renseignements et au traitement des plaintes possède une connaissance approfondie des produits, des services et des pratiques en assurance de personnes et est en mesure de répondre rapidement aux préoccupations, aux questions ou aux plaintes des consommateurs, et ce gratuitement, dans les deux langues officielles, pendant les heures habituelles de travail et sur notre site Web à www.oapcanada.ca.

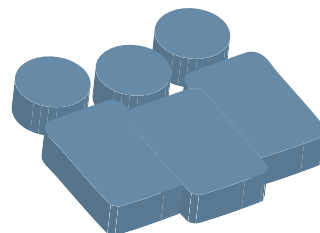
Illustration de la page de couverture : « Early One Morning »
Acrylique et huile sur toile, par Doug Forsythe
(www.dougforsythegallery.com) © Doug Forsythe

Faits saillants + Volume total des activités

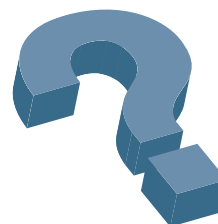
Faits saillants :

- Évaluations positives du premier Sondage de satisfaction auprès des consommateurs de l'OAP
- Croissance des interactions avec le public
 - 12 % par rapport à l'année précédente
- Internet : source de recommandations la plus élevée en matière de plaintes
 - 32,5 % d'augmentation par rapport à l'année précédente
- Augmentation du volume des plaintes
 - 24,7 % en 4 ans
- Gouvernance
 - Mise à jour des règlements de l'OAP
- Prudence financière
 - Principe directeur

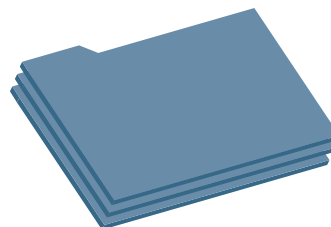
Analyse du volume total des activités



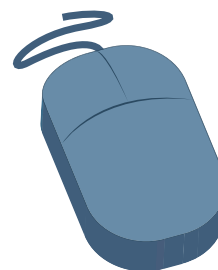
Total des interactions 74 027



Demandes d'information 13 126



Plaintes 2 480



Visiteurs des sites Web 58 421

Message de la présidente du conseil d'administration

Dr. Janice MacKinnon

Présidente du conseil d'administration,
Ombudsman des assurances de personnes

« La croissance, ça ne vient jamais par hasard; c'est le fruit d'un travail commun. »

J. C. Penney

En évoquant l'année écoulée, le thème qui émerge est celui du progrès : identification d'occasions nouvelles d'améliorer les services de l'OAP et de rehausser son image; continuation de l'amélioration des processus internes; et poursuite du renforcement de nos relations avec les parties intéressées tout en maintenant un équilibre des intérêts de toutes les parties.

RELATIONS AVEC LES PARTIES INTÉRESSÉES

Notre objectif demeure de fournir un service équitable et opportun aux consommateurs ce qui signifie qu'il nous faut travailler de façon efficace avec les sociétés membres et les autres parties intéressées. Notre processus de règlement des différends est un excellent moyen pour que les problèmes des consommateurs soient résolus gratuitement, dans les délais prescrits et de manière impartiale.

En collaborant avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc (ACCAP) et nos sociétés membres, nous avons complété avec succès le travail administratif de taille lié à la transition de notre organisation à se conformer à la nouvelle *Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif*.

Les relations avec les autorités de réglementation demeurent positives. Elles ont exprimé être satisfaites du processus rigoureux et équilibré de l'OAP en matière de règlement de plaintes. Elles sont également satisfaites concernant la volonté de l'OAP à progresser afin de répondre aux exigences de l'intérêt public. Nous continuons d'avoir des interactions régulières et collaboratives avec notre organisme de surveillance, le Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (CCRRA).

RÉACTIONS DES CONSOMMATEURS

Le premier Sondage de satisfaction auprès des consommateurs de l'OAP, terminé en octobre 2013, était un sondage national mené par un cabinet de recherche indépendant. Le sondage :

- a mesuré la satisfaction des consommateurs canadiens qui ont utilisé les services de l'OAP;
- a produit un taux élevé de participation; et
- a engendré des cotes généralement positives de la part de la majorité des consommateurs.

Dans un souci d'amélioration constante, nous avons élaboré un plan d'action afin d'intégrer dans nos processus les recommandations issues du sondage.

L'OAP est résolu à rehausser son image et à mettre en valeur ses services auprès du public. Nous envisageons de créer de nouvelles opportunités en faisant référence au caractère positif de notre travail.

RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE

Une gestion financière prudente continue d'être un principe directeur. Cette année, le Conseil de l'OAP a approuvé une augmentation de budget modeste pour mettre en application les recommandations de notre 2^e Évaluation indépendante



et d'autres initiatives liées à des projets. Nous nous efforçons de veiller à ce que les dépenses que nous effectuons s'harmonisent avec notre mission.

2^e ÉVALUATION INDÉPENDANTE

Cette année a consisté à recueillir les commentaires des parties intéressées en relation à notre 2^e Évaluation indépendante et à planifier l'avenir. Au cours de l'année, l'équipe de gestion a élaboré un plan de mise en œuvre sur deux ans qui a été approuvé par les administrateurs de l'OAP en mars 2014.

PERSPECTIVE D'AVENIR

L'OAP continue à monter en puissance grâce à une amélioration de notre processus de règlement des plaintes et de notre stratégie de communication globale. Par la même occasion, nous nous engageons à demeurer un service de conciliation efficace destiné aux consommateurs et aux assureurs de personnes.

L'année prochaine offrira de nombreuses occasions :

- d'appliquer les recommandations du Sondage de satisfaction auprès des consommateurs;
- de réaliser les recommandations faites dans la 2^e Évaluation indépendante;
- d'adopter un système optimum de gestion et de compte rendu des cas; et
- de revaloriser l'image de l'OAP, à la fois auprès du public et des médias.

En conclusion, je suis satisfaite du développement et des progrès continus de l'OAP. J'aimerais remercier le conseil d'administration, l'équipe de gestion et les employés pour leur excellent travail et leur dévouement, ainsi que nos sociétés membres et autres parties intéressées pour leurs collaboration et transparence.

Dr. Janice MacKinnon

Présidente du conseil d'administration, OAP

Message de la directrice exécutive

Holly Nicholson

Directrice exécutive et avocate-conseil,
Ombudsman des assurances de personnes

« Sans une croissance et un progrès continus, des mots comme amélioration, réalisation et succès n'ont aucun sens. »

Benjamin Franklin

Ce fut une année qui nous a permis d'établir des occasions de croissance, de développement et d'amélioration des services, des processus et de l'image de l'OAP.

SENSIBILISATION

Accroître la connaissance de nos services et de la nature de notre société demeure à l'évidence une priorité. Les interactions avec le public sont en hausse de 12 % par rapport à l'an passé et de 28,5 % par rapport aux deux dernières années. Parallèlement, nous continuons de satisfaire la norme de règlement de clore 80 % des cas de plaintes en l'espace de 120 jours.

L'année dernière, la croissance a été essentiellement régie par une hausse du nombre de plaintes et par une augmentation considérable du nombre de visites de la section des services d'information de notre site Web, signe d'une forte demande d'information impartiale concernant les produits d'assurances de personnes.

RELATIONS AVEC LES PARTIES INTÉRESSÉES

Tandis qu'impartialité et indépendance sont primordiales pour l'OAP – et qu'elles sont au cœur de notre mission – ultimement, ce sont la coopération et les efforts de toutes les parties intéressées qui contribuent largement à notre succès.

Cette année, nous avons consulté des consommateurs qui avaient utilisé nos services de plaintes en vue de leur demander ce que nous savions bien faire et ce qui pourrait être amélioré. Une des constatations de notre Sondage de satisfaction auprès des consommateurs est que les consommateurs veulent que nous communiquions avec eux plus souvent et, notamment, au cours de l'étape durant laquelle nous examinons leur plainte et en évaluons le bien-fondé. Nous avons pris en compte leur message et agi promptement : nos agents de règlement des différends communiquent à présent avec les consommateurs au cours de cette étape afin de mieux comprendre leurs préoccupations et de les clarifier.

Nous poursuivons notre travail avec les sociétés membres et l'industrie sur d'importantes questions comme l'amélioration du processus de règlement des plaintes, les services d'information et de nouveaux statuts et règlements exigés par la nouvelle *Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif*. Des interactions significatives avec les parties intéressées ont été également nécessaires en vue d'instaurer le plan de mise en œuvre découlant de la 2^e Évaluation indépendante. Les commentaires recueillis auprès des consommateurs, de l'industrie et des autorités de réglementation se sont avérés des éléments clés d'un plan exécutable.

PROJET DE GESTION DES CAS

Au cours de l'année écoulée, le conseil d'administration de l'OAP a approuvé la nécessité d'un nouveau système de gestion et de compte rendu des cas. Le nouveau système sera plus efficace et fournira un degré plus élevé de détails, nous permettant ainsi de déterminer et d'analyser les tendances de façon proactive. Au cours de l'exercice à venir, nous explorerons différentes options, sélectionnerons le produit qui convient et jetterons les bases pour que le système de remplacement soit opérationnel d'ici le premier trimestre 2016.



2^e ÉVALUATION INDÉPENDANTE

L'an passé, les recommandations clés de cette évaluation étaient que plus de cas soient portés au niveau de la deuxième et troisième étapes du processus d'examen des plaintes, que des fonds supplémentaires soient obtenus afin de solliciter des conseils professionnels spécialisés et que plus de sommaires de cas soient publiés. Nous avons entamé cette mise en œuvre, en commençant par recruter du personnel pour gérer le nombre croissant de plaintes. Les recommandations restantes seront appliquées dans les deux ans.

RÉSUMÉ

Le succès de l'OAP est dû aux personnes qui y contribuent et cette année notre travail en fournit la preuve irréfutable que nous n'aurions atteint une telle réussite sans la collaboration et les efforts réciproques de toutes les parties intéressées, du conseil d'administration et du personnel. Ensemble, nous avons accompli des progrès dans les domaines suivants : plus d'interactions avec le public, nous avons bouclé le Sondage de satisfaction auprès des consommateurs et avons pris les devants en vue de l'établissement d'un nouveau système de gestion et de compte rendu des cas.

C'est pour moi un honneur de travailler avec un conseil d'administration et du personnel démontrant un si grand engouement à fournir des services de règlement des différends indépendants et impartiaux. Je suis tout aussi fière d'avoir une relation de travail collaborative avec nos autorités de réglementation et l'industrie. Il me tarde que nous mettions ses réalisations en place au cours de l'année à venir.

Holly Nicholson, LL.B.

Directrice exécutive et avocate-conseil, OAP

Processus de traitement des plaintes

1

Interactions avec les consommateurs

- Fournir au consommateur des directives générales relatives à l'industrie et aux processus de traitement des plaintes de l'OAP
- Aiguiller le consommateur vers la société membre, aux fins d'application du processus interne, le cas échéant

2

L'agent de règlement des différends

- Déterminer si une plainte relève du mandat de l'OAP¹
- Le consommateur soumet un énoncé de prise de position définitif, ainsi que l'information connexe
- L'agent de règlement des différends détermine s'il y a des motifs de conciliation avec l'assureur
- Si aucun motif ne justifie la tenue d'une telle conciliation, on préparera une lettre d'examen et on cernera les options éventuelles

3

Examen par conciliateur

- Si des motifs justifient une tentative de conciliation, le conciliateur discutera de la plainte avec les parties concernées afin d'obtenir toute information supplémentaire
- Le conciliateur tentera de favoriser la résolution volontaire de la plainte par le truchement de la conciliation

4

Examen par expert en règlement des litiges

- Si des motifs justifient la poursuite du traitement de la plainte, l'expert en règlement des litiges (l'ERL) passera la plainte en revue et la soumettra à un examen
- Les parties peuvent discuter avec l'ERL si elles le souhaitent
- L'ERL préparera un rapport écrit qui présente des recommandations non exécutoires

¹ L'OAP n'accepte pas les plaintes :

- qui ne concernent pas l'assurance de personnes ou qui ne visent pas une de ses sociétés membres ;
- qu'il a déjà traitées, ni les plaintes qui ont déjà été ou qui sont actuellement examinées par une cour ou un tribunal ou soumises à un autre processus de règlement des différends ;
- qui sont soumises par des fournisseurs de services de tierce partie ou qui ont trait à un régime non assuré dont l'administration est assurée par une société membre.

Sondage de satisfaction auprès des consommateurs

Le premier Sondage de satisfaction auprès des consommateurs de l'OAP a été effectué en octobre 2013 par un cabinet indépendant spécialisé en recherches, englobant des commentaires de consommateurs de tout le Canada ayant utilisé les services de l'OAP. Le sondage par téléphone a mesuré la satisfaction des consommateurs de langue anglaise et française vis-à-vis de notre processus à trois étapes de traitement des plaintes. La majorité des consommateurs a donné des avis positifs de satisfaction générale, notant leurs expériences à 8,5 et 7,6 sur 10 aux étapes une et trois, respectivement. L'indice de satisfaction a chuté à la deuxième étape à laquelle les consommateurs ont attribué une cote de 5,1.

À la première étape, les consommateurs étudient leurs options et sont à la recherche d'information. Dans la plupart des cas, ils n'ont pas déposé une plainte officielle auprès de leur assureur et l'OAP leur fournit des lignes directrices sur la manière de s'y prendre. Les consommateurs attribuent des notes élevées aux agents de règlement de différends (« ARD ») de l'OAP pour « avoir dépassé leurs attentes », « leurs connaissances et compétences », ainsi que pour leur empathie et aptitude à communiquer clairement.

À l'étape numéro deux, les consommateurs ont terminé le processus de traitement des plaintes de leur compagnie d'assurance et ont demandé à l'OAP d'examiner leur plainte pour savoir s'il y a des fondements en vue d'une conciliation avec l'assureur. À cette étape, les consommateurs espèrent que l'OAP pourra obtenir des résultats concluants avec l'assureur. Tous les consommateurs qui ont contribué à cette étape du sondage n'avaient pas eu leur plainte escaladée à la troisième étape du processus de l'OAP (enquête), car le bien-fondé était insuffisant. À juste titre, on a été témoin à cette étape d'une chute dans la satisfaction des consommateurs : 33 % étaient soit très insatisfaits ou insatisfaits en ce qui concerne leur expérience avec l'OAP. Une majorité d'entre eux continuaient de croire que leur plainte était fondée malgré l'examen approfondi et impartial de l'OAP de leur dossier. Parmi ces consommateurs insatisfaits, environ un tiers a déclaré que leur intention était d'obtenir réparation par d'autres moyens.

Les consommateurs impliqués dans la deuxième étape de notre processus de plaintes comptaient également sur l'expertise du personnel de l'OAP et la facilité à comprendre le processus de plaintes. Ceux qui trouvaient leur agent compétent et qui trouvaient le processus facile à comprendre ont fourni une cote de satisfaction de 9,8, comparativement à la note moyenne de 5,1 de l'ensemble des consommateurs à cette étape. Une autre constatation importante de la deuxième étape est la volonté des consommateurs d'être informés et tenus à jour pendant toute la durée du service qu'ils reçoivent. Bien qu'on les avait avertis de ne pas s'attendre à recevoir aucune communication au cours de la période où nous analysons leur plainte et préparons une réponse à leur requête, l'étude a démontré que 70 % des sujets interrogés souhaitaient que l'OAP les consulte. L'omission de cette consultation a contribué à des niveaux d'insatisfaction auprès des consommateurs. Cette principale conclusion a entraîné d'importantes modifications à notre processus de traitement des plaintes. Désormais, nos ARD reprennent contact avec les consommateurs au cours de la phase d'évaluation initiale pour tirer davantage de renseignements de leur part.

Lors de la troisième étape, l'OAP a établi qu'une plainte a des motifs valables de conciliation avec l'assureur, par conséquent, un conciliateur procède de plus amples investigations. Ce groupe a fourni un indice de satisfaction de 7,6. Une constatation importante à cette étape est que la majorité des consommateurs étaient satisfaits des services de l'OAP, même si l'OAP n'avait pu négocier une issue plus favorable avec l'assureur.

Pour notre quatrième et dernière étape de traitement de plaintes, une experte en règlement des litiges examine la plainte, s'entretient avec les parties et rédige un rapport avec des recommandations non exécutoires. À l'époque où le sondage a été effectué, il n'y avait pas de consommateurs participant à cette étape.

Si on tient compte de la réaction des consommateurs, les résultats du sondage ont établi trois moteurs essentiels et ont fait un rapprochement entre les actions qui ont une incidence sur la satisfaction :

- Communication : augmenter les relations et utiliser du « langage clair » dans toutes nos communications avec les consommateurs.
- Rendement du personnel : continuer de faire preuve de connaissances et d'expertise en dépassant les attentes des consommateurs.
- Maniabilité : conserver notre processus des plaintes simple d'utilisation, consistant en un traitement efficace de l'information et la formulation de recommandations opportunes.

Alors que nous visons une amélioration constante, nous avons mis en place un plan d'action, nous permettant de déterminer des moyens d'améliorer la qualité du service en général – notamment visant ceux de la deuxième étape de notre processus de traitement des plaintes.

« IL M'A EXPLIQUÉ LE PROCESSUS PAS À PAS, IL M'A VRAIMENT BIEN INFORMÉ. GRÂCE À LUI, J'AI FINALEMENT EU L'IMPRESSION QUE QUELQU'UN ALLAIT FINALEMENT M'ÉCOUTER. »

- Réaction de consommateur; première étape

« ELLE ÉTAIT TRÈS CLAIRE ET NE ME PARLAIT PAS AVEC CONDESCENDANCE. ELLE PARLAIT SIMPLEMENT EN LANGAGE DE TOUS LES JOURS POUR QUE JE PUISSE TOUT COMPRENDRE. »

- Réaction de consommateur; première étape

« J'AURAIS AIMÉ UN PEU PLUS DE COMMUNICATION DIRECTE, COMME DE S'ENTREtenir PAR TÉLÉPHONE AVANT LA DÉCISION FINALE. »

- Réaction de consommateur; deuxième étape

« J'ESTIME QU'ILS DEVRAIENT SIMPLIFIER ET CLARIFIER LE CONTENU DE LEUR LETTRE DE DÉCISION. J'AI DÛ LA LIRE À QUELQUES REPRISES POUR VRAIMENT COMPRENDRE CE QUI ÉTAIT DIT. »

- Réaction de consommateur; deuxième étape

« J'AI APPRÉCIÉ LE FAIT QU'ILS ONT TRAITÉ MA RÉCLAMATION SÉRIEUSEMENT ET QU'ILS SONT RESTÉS IMPARTIAUX. »

- Réaction de consommateur; troisième étape

« ELLE S'EST MONTRÉE PRÉVENANTE ET A ASSURÉMENT PRIS TOUTES MES PENSÉES AU SÉRIEUX. J'AI TROUVÉ QU'ELLE ÉTAIT COMPATISSANTE À MON ÉGARD, ET CE, JUSQU'À LA FIN. »

- Réaction de consommateur; troisième étape

Statistiques sur les plaintes

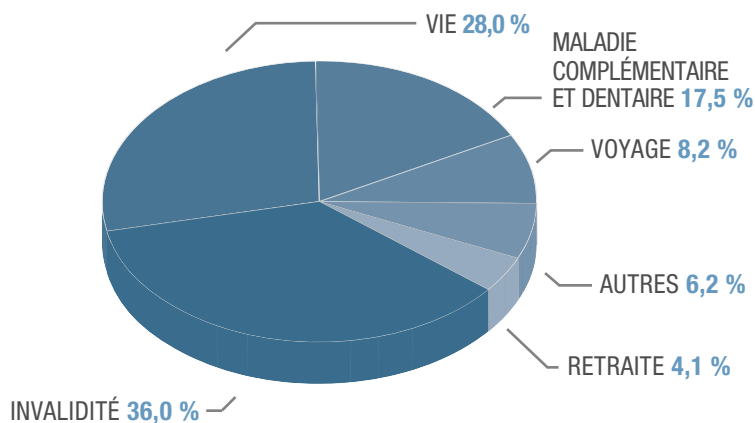
Aperçu

Cet exercice financier, l'OAP a reçu un total de 2 480 plaintes – une augmentation de 5,5 % par rapport à l'an passé et de 24,7 % au cours des quatre dernières années. Cette croissance d'une année à l'autre est révélatrice d'une hausse de la sensibilisation des consommateurs alors que les Canadiens sont de mieux en mieux informés de leurs options en ce qui concerne l'évaluation par une tierce partie de leurs plaintes en matière d'assurances de personnes.

Nos trois principales catégories de plainte sur les produits continuent d'être l'assurance invalidité, vie et maladie complémentaire et dentaire. Ensemble, celles-ci représentent 81,5 % de toutes les plaintes. Pour la troisième année consécutive, les plaintes d'invalidité sont inférieures aux niveaux historiques bien qu'elles continuent de représenter la proportion la plus élevée des plaintes. Les plaintes sur l'assurance vie et maladie complémentaire et dentaire demeurent semblables à l'an dernier.

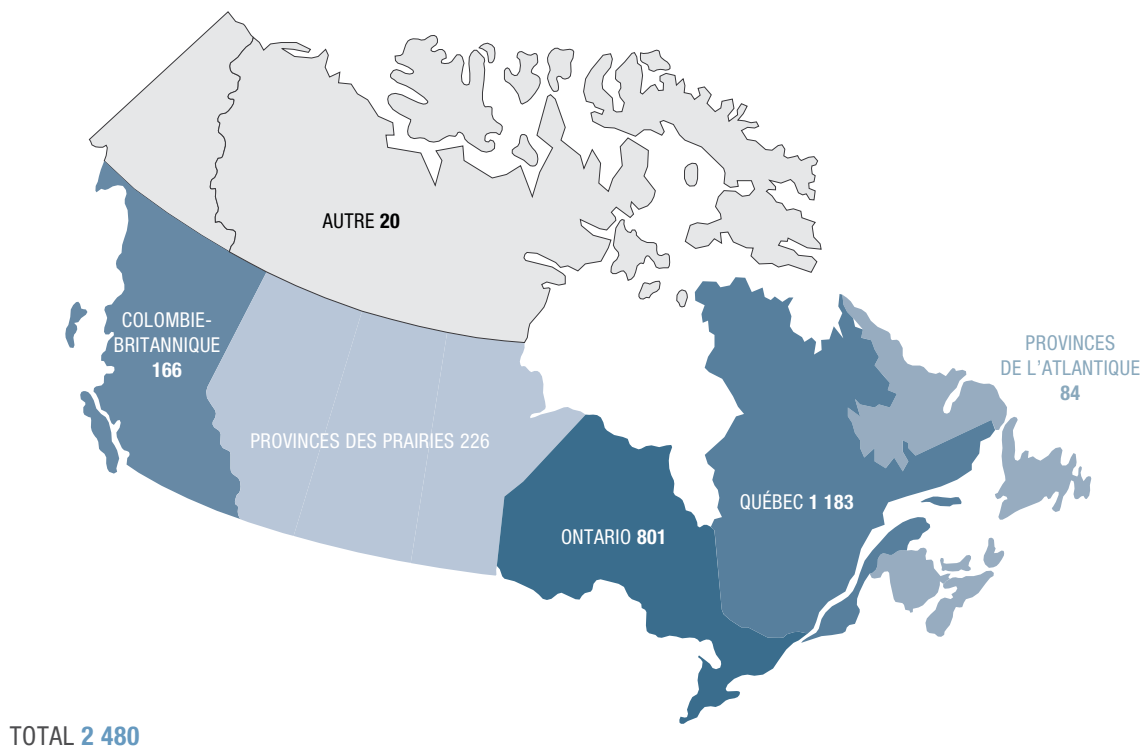
Par région, par rapport à l'an passé, nous remarquons une hausse significative de plaintes émanant de l'Ontario (hausse de 22,1 %) et de l'Atlantique (hausse de 23,5 %). Bien que les chiffres soient en légère baisse au Québec, la majorité de nos plaintes continuent d'émaner de cette région. Le nombre de plaintes demeure bas dans le Nord du Canada, mais il faut remarquer qu'il y avait une hausse par rapport à l'an passé. Les chiffres restent pratiquement inchangés dans le reste du Canada.

Plaintes par produit



TOTAL 2 480

Plaintes par région



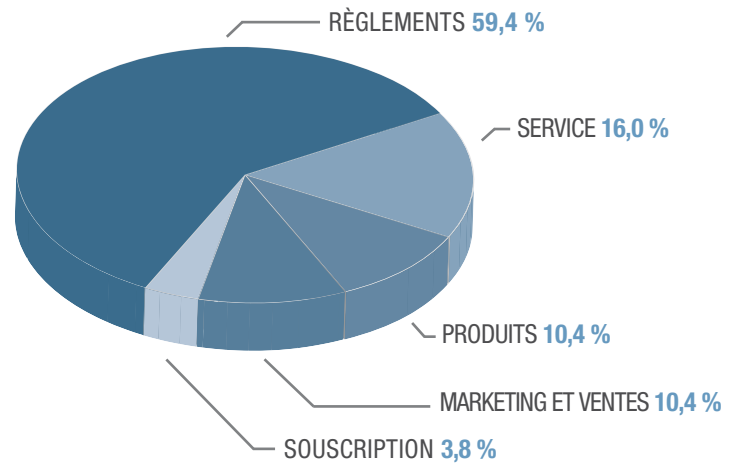
Aperçu

Selon le type de fonction de la société, la catégorie des règlements continue de générer de loin la plus forte proportion, à 59,4 %. Le nombre de plaintes liées au service est demeuré relativement stable par rapport à l'an dernier, tandis que les plaintes relatives aux produits ont baissé de 4,4 %. Pour la catégorie marketing et ventes, nous avons vu une hausse de 3,1 %, tandis que les plaintes relatives aux souscriptions ont baissé par près de la moitié, à 3,8 %.

Pour la troisième année consécutive, l'Internet/site Web était la première source de référence (32,5 %) pour les consommateurs à la recherche des services de l'OAP, en hausse par rapport à 26,9 % l'an passé. Cette catégorie a régulièrement augmenté chaque année. Cette année, le gouvernement est la source qui vient en deuxième place, avec 18,0 %, suivie de près par les sociétés membres, à 17,5 %. La catégorie amis/famille augmente de façon régulière, avec une hausse de 5,3 % par rapport à l'an dernier.

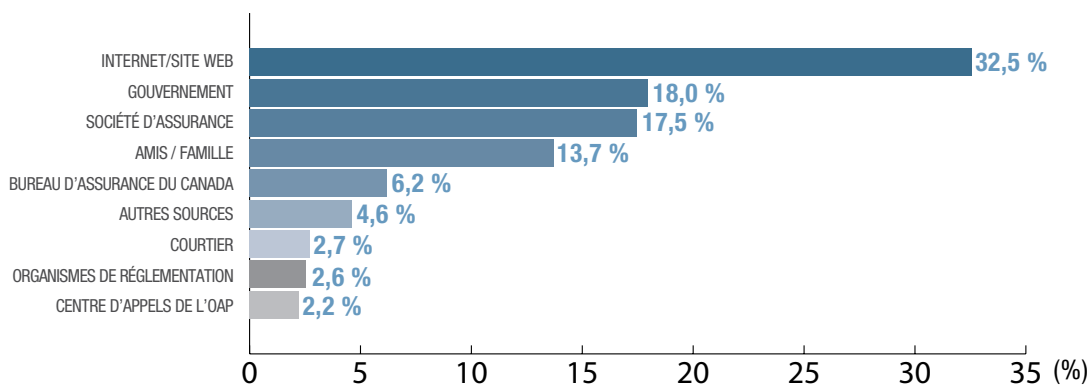
La répartition des plaintes par catégorie provenant de l'assurance collective, personnelle et crédit est demeurée inchangée. En ce qui concerne les assurances collective et personnelle, chacune représente approximativement 45 % des plaintes par gamme de garantie, les plaintes de crédit correspondant au 10 % restant.

Plaintes par fonction au sein de la société



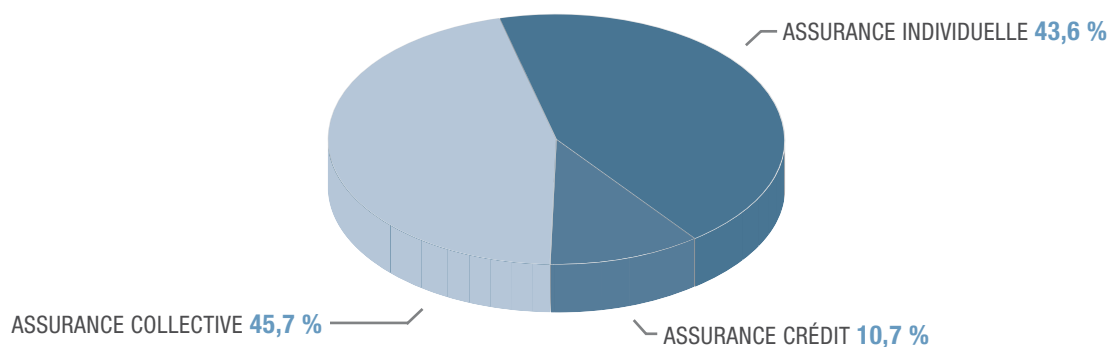
TOTAL 2 480

Plaintes par source



TOTAL 2 480

Plaintes par type de protection



TOTAL 2 480

Étude de cas : 1

Qu'entend-on par condition « préexistante »?

M. Z. a acheté une assurance pour frais médicaux d'urgence hors Canada relativement à un voyage aux É.-U. Durant son séjour, il a eu besoin de traitement médical pour un calcul rénal et par la suite, il a présenté une demande de remboursement à l'assureur pour les dépenses engagées.

La réclamation a été refusée parce qu'il était noté dans son dossier d'hospitalisation des É.-U. qu'il avait eu mal au flanc/dos une semaine avant son départ et qu'il n'avait pas divulgué ceci à son assureur avant de voyager.

La section des exclusions de sa police niait la garantie pour toute maladie, blessure ou condition médicale, survenue avant la date où il est parti en voyage, qui pourrait le conduire à se faire traiter médicalement ou hospitaliser. En somme, l'assureur croyait que M. Z. avait une « condition médicale préexistante » qui l'exigeait à leur dire avant de partir en voyage. Tous les contrats d'assurance de voyage contiennent une clause de cette nature; cependant, les exigences de divulgation exactes varient d'un contrat à l'autre.

M. Z. a fait appel du refus et s'est conformé au processus de plainte de l'assureur, au cours duquel la décision a été maintenue par ce dernier. M. Z. a ensuite présenté sa plainte à l'OAP en vue d'être révisée.

Une fois les détails du consommateur obtenus et le dossier de l'assureur en main, l'agent de règlement des différends de l'OAP (« ARD ») a fait un examen approfondi du cas et a conclu que le refus était entièrement basé sur des déclarations contenues dans le dossier de l'hôpital américain concernant une douleur au flanc/dos antérieure. L'ARD a trouvé qu'aucune communication n'avait été entamée par l'assureur ni auprès de l'hôpital aux É.-U. ni auprès du consommateur. Il a également observé que les notes de l'hôpital des É.-U. affirmaient que le consommateur avait eu une douleur une semaine auparavant qui s'était dissipée et, totalement en contradiction avec ce qui précède, que M. Z. avait subi une « douleur incessante au flanc/dos » pendant toute la semaine qui avait précédé son départ.

Bien que l'Ombudsman de l'assureur ait suggéré que la demande de remboursement soit acquittée, l'unité fonctionnelle avait rejeté la demande d'indemnisation.

L'ARD de l'OAP a mis en doute l'exactitude du dossier médical de l'hôpital des É.-U. et a suggéré que ceci pourrait être la raison pour l'OAP d'aborder l'assureur. La recommandation a été que la plainte soit escaladée à un conciliateur de l'OAP pour enquête approfondie.

Le conciliateur a parlé directement avec le consommateur et a appris qu'il n'avait aucunement mentionné une « douleur au flanc », mais que le mal de dos dont il avait souffert une semaine avant son départ s'était résorbé de lui-même après avoir pris des médicaments antidouleur sans ordonnance et un bain chaud. Notre conciliateur a également révisé les documents fournis par l'assureur, y compris ceux relatifs au processus d'examen des demandes d'indemnisation de l'assureur. Ses conclusions se faisaient l'écho de celles de l'Ombudsman de l'assureur.

« Le dossier d'hospitalisation des É.-U. indiquait l'existence d'une douleur avant de voyager, laquelle le consommateur n'avait pas divulgué à l'assureur. »

Dans le document qu'il a présenté à l'assureur, le conciliateur a souligné les incohérences du dossier de l'hôpital américain. Il a suggéré que l'exclusion prévue par la police ne pouvait être équitablement invoquée étant donné que le mal de dos préalable de M. Z. avait disparu suite à un bain chaud et à la prise de médicaments antidouleur sans ordonnance.

Il a également indiqué qu'il était improbable que quiconque ayant des douleurs constantes et graves durant la période précédant ce voyage puisse se déplacer où que ce soit et d'où la fiabilité du dossier d'admission de l'hôpital américain. Le conciliateur a préconisé que l'assureur revienne sur sa décision.

L'assureur a remercié le conciliateur pour l'examen approfondi et a appuyé la recommandation de l'OAP de régler cette demande d'indemnisation. La demande d'indemnisation du consommateur a été réglée peu de temps après.

Démenti : Dans l'exemple précédent, les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

Statistiques sur les enquêtes

Aperçu

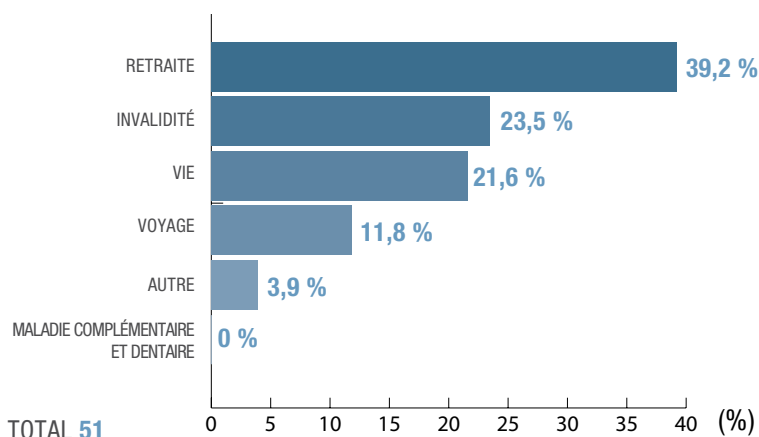
Cet exercice financier, le nombre de cas d'enquête s'est chiffré à 51, ce qui correspond à une hausse de 41,7 % par rapport à 2012/2013 et plus du triple du nombre de cas en 2011-2012. Cette croissance année après année est un signe de l'engagement de l'OAP à s'assurer que toutes les plaintes qui le méritent sont escaladées à l'étape d'enquête.

Par produit, les cas de retraite représentent la catégorie la plus élevée de cas référés à l'étape de l'enquête de l'OAP – à 39,2 %. C'est presque le triple par rapport à l'an dernier. Les plaintes concernant l'assurance invalidité et vie sont en baisse de près de 10 % chacune, tandis que les plaintes d'assurance maladie complémentaire et dentaire ont diminué de 11,1 % à zéro cette année. Les catégories voyage et autre restent identiques.

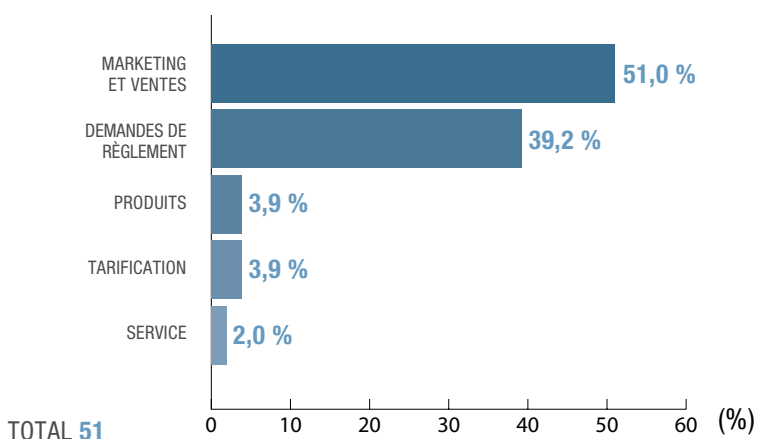
Par fonction de la société, nous avons également observé une hausse des enquêtes de marketing et ventes. Cette catégorie arrive en tête de liste avec la plus grande proportion des enquêtes cette année.

Cette année, un total de 29 cas d'enquête a été mené et clos. Parmi ceux-ci, neuf ont été réglés à la faveur du consommateur, représentant un ratio de règlement de 31,1 %.

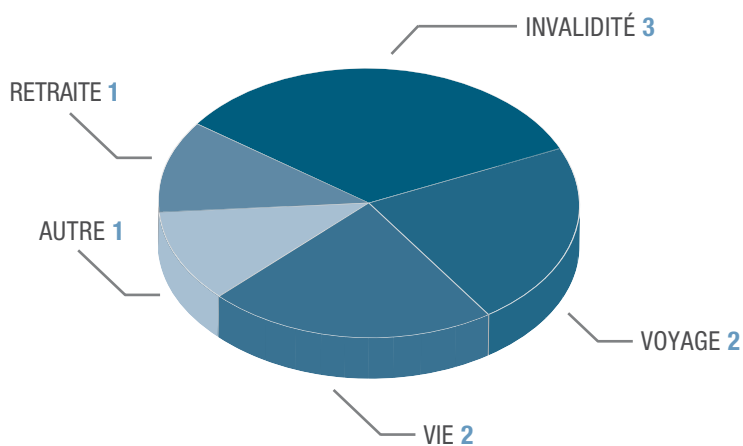
Enquêtes par type de produit



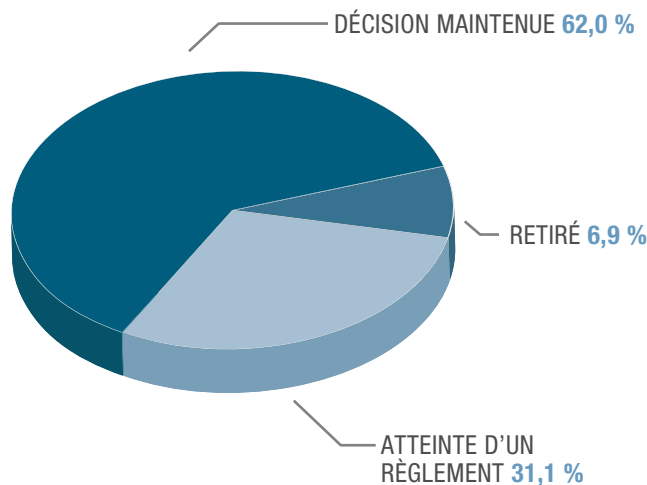
Enquêtes par fonction au sein de la société



Cas réglés



Issue des dossiers réglés



Étude de cas : 2

Une date critique

M. F., diagnostiqué comme ayant le cancer, a présenté une demande d'indemnisation envers une police d'assurance contre les maladies graves. Si sa demande était acceptée, l'assurance aurait payé en totalité un emprunt de 10 000 \$ qu'il avait souscrit à sa banque. La demande a été rejetée en raison du fait qu'il n'avait pas de protection contre les maladies graves sur son prêt.

M. F. a reçu la lettre de la position finale de son assureur et a communiqué avec un agent de règlement des différends de l'OAP (« ARD ») cherchant à ce que sa plainte soit examinée de façon indépendante.

Au cours de plusieurs conversations et d'échanges de courriels, notre ARD a pris connaissance du fait que M. F., qui avait précédemment une ligne de crédit qui le couvrait en cas de maladies graves, avait converti cette dernière en un nouvel emprunt peu de temps avant de présenter sa demande d'indemnisation. La banque a rejeté sa demande parce que ce nouvel emprunt n'était pas assuré en cas de maladies graves et que son cancer avait été diagnostiqué après que l'emprunt avait été souscrit.

M. F. prétendait qu'il avait été diagnostiqué début avril et que le nouvel emprunt n'avait pas été contracté qu'à la fin de ce même mois. Par conséquent, la garantie de la ligne de crédit antérieure devrait être appliquée pour acquitter sa demande. Entre temps, l'assureur a affirmé que son refus était fondé sur la base de rapports médicaux indiquant que le cancer n'avait été diagnostiqué qu'en juin, bien après que la ligne avait été fermée et remplacée par un emprunt qui ne fournissait pas de garantie contre les maladies graves.

Durant son examen, l'ARD a reconnu l'existence de dates contradictoires dans les rapports médicaux liés à la date du diagnostic. Il s'est également demandé pourquoi M. F. aurait souscrit un nouvel emprunt alors qu'il était malade, puisque cela aurait pour résultat qu'il devienne inéligible à la garantie contre les maladies graves au titre du nouveau prêt. Par conséquent, l'ARD a recommandé que la plainte soit escaladée pour qu'une enquête approfondie soit menée par un conciliateur de l'OAP.

Le conciliateur s'est penché sur les dossiers médicaux, ainsi que celui de l'assureur et les documents du consommateur et il a eu plusieurs conversations avec toutes les parties. L'objectif de cet examen était de déterminer si un diagnostic avait été établi avant l'annulation de l'assurance couvrant les maladies graves sur la ligne de crédit précédente. Les rapports médicaux montraient que la date de confirmation du diagnostic était en effet en juin, deux mois après que l'ancienne ligne de crédit avait été close et le nouvel emprunt ouvert.

Bien que des documents écrits datés du début avril entre les médecins de M. F. faisaient mention de cancer, il y était fait référence comme une maladie présumée nécessitant davantage d'examen et une confirmation officielle. Du fait que les assureurs paient des prestations de maladie grave sur la base de diagnostics clairs, et non pas de conditions présumées, son assureur n'aurait pas réglé la demande d'indemnisation en avril.

« Le problème principal était de savoir si un diagnostic avait été rendu avant l'annulation de la garantie contre les maladies graves sur la ligne de crédit précédente. »

Lors de son enquête, le conciliateur a également pris connaissance de la raison pour laquelle M. F. avait contracté un emprunt qui ne contenait pas de garantie contre les maladies graves à une période où il avait le plus besoin de cette garantie : M. F. a admis que lorsqu'il s'était entretenu avec la banque pour mettre en place le nouvel emprunt, il n'avait pas mentionné la possibilité qu'il ait un cancer.

Puisque la banque n'avait pas cette information, le représentant de celle-ci ne pouvait l'aviser de conserver sa ligne de crédit actuelle qui le couvrait en cas de maladie grave, au lieu de souscrire un emprunt qui n'offrait pas cette garantie.

En conséquence, le conciliateur a recommandé à M. F. et à l'assureur que le rejet de la demande d'indemnisation originale soit maintenu.

Démenti : Dans l'exemple précédent, les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

Statistiques sur les demandes d'information

Aperçu

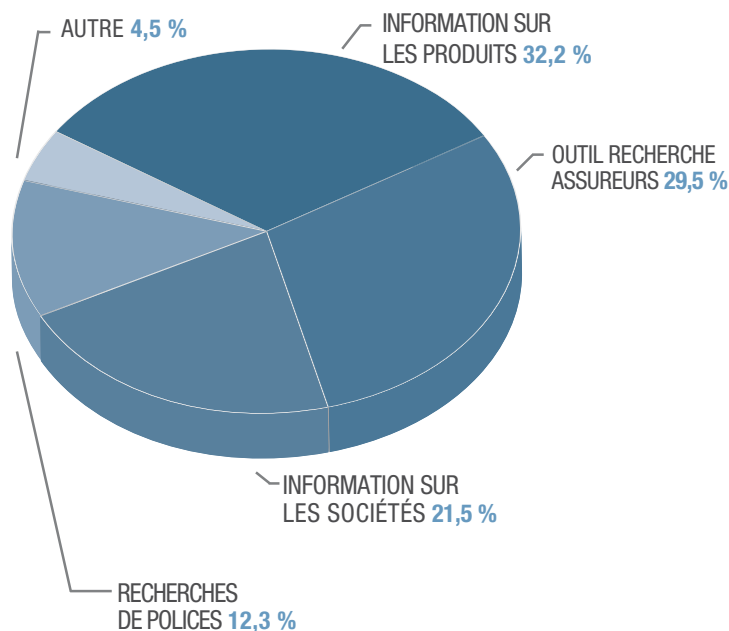
L'OAP a reçu 13 126 requêtes de consommateurs par téléphone, et ce, en direct ou par l'intermédiaire de notre système automatisé. Ce nombre continue de décliner alors que les visites de nos sites Web augmentent. Les consommateurs canadiens continuent d'accorder une importance particulière à l'usage de l'Internet dans leur recherche d'information générale à propos des assurances de personnes.

La majeure partie des requêtes d'information, représentées par notre catégorie d'Outil recherche assureurs, continue de viser les produits d'assurance en général et plus particulièrement d'assurance vie et maladie. Ces deux catégories constituent à elles seules 61,7 % de tous les appels de demande d'information en matière de produits.

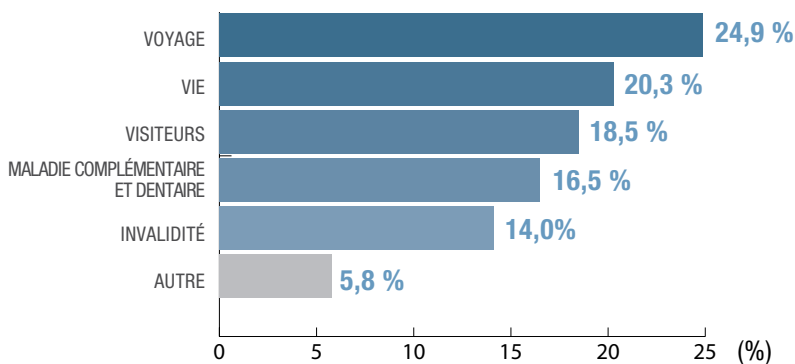
Les requêtes sur les produits restent concentrées sur l'assurance voyage (24,9 %), vie (20,3 %) et pour visiteurs (18,5 %). Cette année, les demandes d'information sur l'assurance vie ont doublé alors que les requêtes concernant l'assurance pour visiteurs ont baissé. Pour ce qui est des requêtes sur les compagnies, le nombre de consommateurs à la recherche de coordonnées d'assureurs suite à des fusions et acquisitions a augmenté de 50 %.

Le Québec continue d'attirer plus de la moitié des demandes d'information à 56,8 %, avec en second l'Ontario à 27,6 %. La répartition des requêtes entre les autres régions est pratiquement inchangée par rapport à l'an passé.

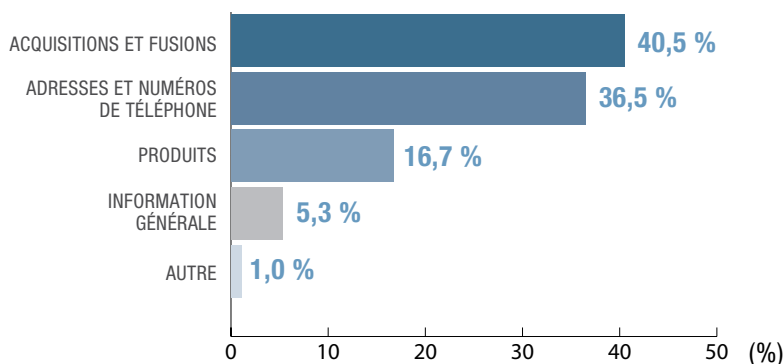
Pourquoi nous a-t-on appelé?



Demandes d'information sur les produits



Demandes d'information sur les sociétés



Demandes d'information par région

Québec	56,8 %
Ontario	27,6 %
Provinces des Prairies	5,9 %
Colombie-Britannique	3,3 %
Provinces de l'Atlantique	3,7 %
Autre	2,7 %
Total	100 %

Étude de cas : 3

Un formulaire-clé de divulgation

M. M. avait une police d'assurance temporaire sur la vie de 25 000 \$. Du fait que les taux de cotisation allaient augmenter considérablement et que l'abordabilité devenait un problème, son agent d'assurance, qui au départ lui avait vendu la police, lui a proposé de rechercher des options plus abordables.

La recherche s'est avérée un défi. M. M. avait des problèmes de santé et, étant donnés les risques, peu d'assureurs offraient d'autres garanties sur la base d'une seule tête – du moins, aucune que le consommateur a trouvé abordable. À la fin de l'exercice, l'agent a proposé une police sur deux têtes payable au dernier décès et a rédigé une application pour M. M. et Mme L., sa conjointe de fait.

La nouvelle police a été remise à M. M. et ce dernier a annulé la précédente. Avant que ne survienne son décès, il avait payé ses cotisations pendant un peu plus de deux ans. En vue de payer les dernières responsabilités financières, Mme L. a présenté une demande d'indemnisation et a été surprise du rejet de celle-ci sous prétexte que la police était sur deux têtes payable au dernier décès. Dans le cas d'une telle police, aucune somme assurée n'est payée avant le décès du second conjoint.

Mme L. a suivi le processus de plainte prescrit par l'assureur à la suite duquel l'assureur a confirmé sa décision de refuser la réclamation. Elle a ensuite soumis sa plainte à l'OAP.

L'agent de règlement des différends de l'OAP (« ARD ») a fait l'examen des documents des consommateurs et a trouvé des anomalies dans l'application. Dans leur application, les déclarations des consommateurs indiquaient clairement leur intention de se servir de la garantie pour couvrir les dernières responsabilités financières à la mort de M. M. et désignaient Mme L. et leur fille comme bénéficiaires – des exigences qui ne pouvaient être satisfaites en vertu d'une police sur deux têtes payable au dernier décès. L'ARD a recommandé que la plainte soit escaladée à un conciliateur afin qu'une enquête approfondie soit menée.

Le conciliateur a examiné à la fois les documents du dossier et l'analyse de l'ARD, et a adhéré au fait qu'il y avait des contradictions au stade du processus de vente. Il a remarqué qu'un retard considérable avait eu lieu dans l'émission de la police et qu'aucun exemplaire du Formulaire de divulgation en cas de remplacement d'un contrat d'assurance vie ne figurait dans le dossier. Ce formulaire de divulgation doit être fourni lorsqu'un consommateur remplace une police d'assurance vie par une autre. Il offre une comparaison en parallèle entre l'ancienne et la nouvelle police et sert à démontrer que les consommateurs comprennent clairement les différences entre les deux polices.

Du fait que le souvenir des consommateurs et celui de l'agent différaient, le formulaire manquant s'est avéré être au cœur du problème.

« La décision des consommateurs de faire l'achat d'une nouvelle police et d'annuler la précédente n'était pas pleinement informée. »

Dans son exposé détaillé à l'intention de l'assureur, le conciliateur a indiqué que l'absence d'un formulaire de déclaration de remplacement dûment rempli avait privé Mme L. et M. M. d'une divulgation claire et exhaustive à laquelle ils avaient droit, et que leur décision d'acheter une nouvelle police et d'annuler la précédente n'en était pas une pleinement informée.

Le conciliateur a recommandé que l'assureur dédommage la consommatrice pour la perte de la garantie de 25 000 \$ fournie par la police d'origine.

L'assureur a consenti à le faire et le paiement proposé a été remis à la consommatrice.

Démenti : Dans l'exemple précédent, les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

Statistiques sur les sites Web

Aperçu

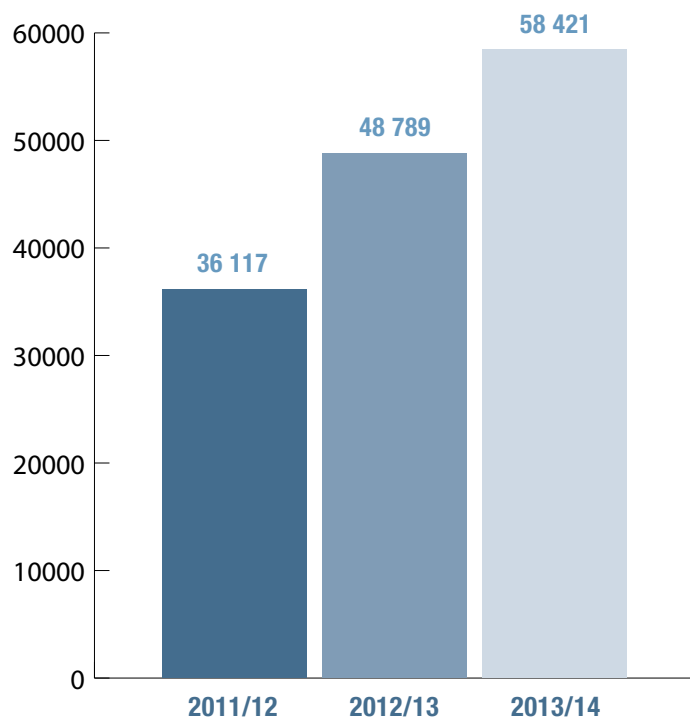
Lorsque les consommateurs sont en quête d'information au sujet de l'OAP, les visites du Web continuent d'occuper la place dominante. On a dénombré plus de 58 000 visites – une hausse de près de 20 % par rapport à l'an passé et 61,8 % par rapport à l'année d'avant. Depuis l'exercice 2010-2011, nous avons constaté une hausse de 106 % des visites du Web. C'est pour cette raison que nous continuons de nous concentrer à proposer un site Web au service du consommateur, professionnel et facile à parcourir.

Près de trois visiteurs sur quatre (71,7 %) des sites Web de l'OAP sont de nouveaux visiteurs, preuve de notre engagement à élargir la sensibilisation du public en ce qui concerne les services de l'OAP. La hausse en nouveaux visiteurs a été plus rapide sur le site en français, bien que le site en anglais recueille près de deux fois plus de visiteurs pour ce qui est des visiteurs en général.

La page des Services d'information demeure celle étant la plus visitée (39,3 %), suivie de celle de l'Outil recherche assureurs. Les visites de la page du Processus de règlement des plaintes ont crû annuellement, présentant une hausse de 46,5 % au cours des trois dernières années. Les visites des autres pages du site Web de l'OAP demeurent stables.

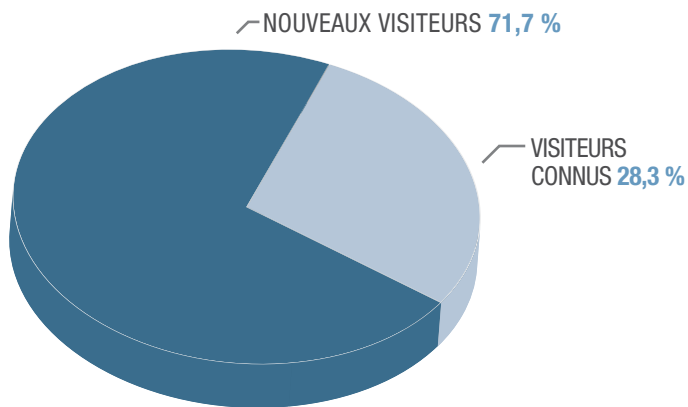
La proportion des sites de référence, du trafic direct et des moteurs de recherche comme sources de trafic demeure pratiquement inchangée.

Visites des sites Web 2011-2014



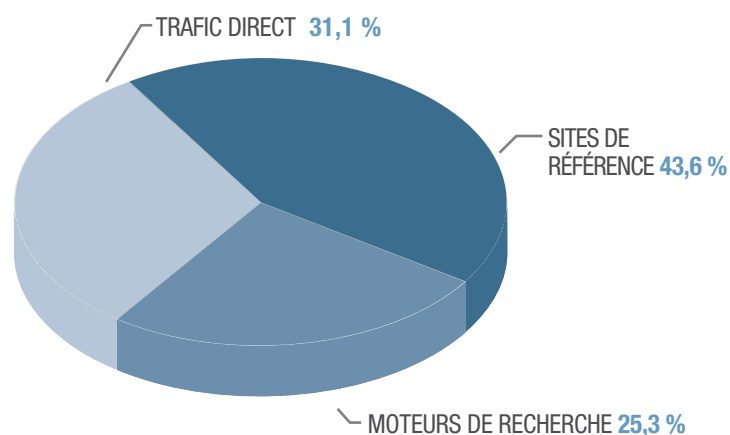
TOTAL 143 327

Nouveaux visiteurs / Visiteurs connus



TOTAL 58 421

Sources de trafic



TOTAL 58 421

Les cinq pages Web les plus consultées

Services d'information	34 261	39,3 %
Outil recherche assureurs	27 169	31,2 %
Le processus de règlement des plaintes	13 396	15,4 %
Sociétés membres	6 365	7,3 %
Recherche de polices	5 895	6,8 %
Total	87 086*	100 %

*Certains internautes consultent plusieurs pages Web

Normes

L'OAP a établi des normes de service visant à guider le travail et les activités de son personnel qualifié et s'est volontairement engagé à respecter ces normes. L'OAP s'engage à offrir aux consommateurs un service conforme à ce qui suit :

Accessibilité

L'OAP est facilement accessible grâce à nos lignes sans frais (1 866-582-2088), par la poste, par télécopieur (514-285-4076) et par son site Web (www.oapcanada.ca). Nos services sont offerts gratuitement, en français et en anglais.

Rapidité de la réponse

L'OAP répond rapidement aux questions et aux plaintes des consommateurs. Le personnel répond immédiatement à la plupart des questions soumises par téléphone. Quant aux messages laissés dans les boîtes vocales et aux questions soumises par télécopieur ou courriel, le personnel y répond promptement.

Courtoisie

Les consommateurs sont traités de manière courtoise, professionnelle et respectueuse.

Transparence

L'OAP donne des renseignements clairs et précis par téléphone ou par écrit. Notre objectif est de faire en sorte que le consommateur comprenne parfaitement la situation et la position de chacune des parties.

Exactitude

Tous les renseignements recueillis par l'OAP ayant trait à la situation seront précis et aussi complets et à jour que possible afin de bien répondre à la question ou d'aider au traitement de la plainte.

Équité et impartialité

L'OAP offre aux consommateurs une aide impartiale. L'OAP ne favorise ni le consommateur ni la société d'assurances de personnes.

Constance

L'OAP traite les plaintes dans le respect de son mandat et s'efforce de traiter les cas semblables de façon semblable.

Connaissance

Les renseignements transmis aux consommateurs qui s'adressent à l'OAP sont le reflet d'une connaissance et d'une compréhension approfondies du sujet. Le personnel de l'OAP possède les compétences et la connaissance de produits et services d'assurance de personnes nécessaires pour répondre aux questions des consommateurs et traiter leurs plaintes.

Protection et confidentialité des renseignements

Tous les renseignements recueillis par l'OAP sont confidentiels et sont la propriété de l'OAP, conformément à l'énoncé sur la protection et la confidentialité des renseignements personnels de l'OAP.

Indépendance et objectivité

L'OAP est un organisme sans but lucratif, sans lien avec les gouvernements ou l'industrie. La société est administrée par un conseil d'administration dont la majorité des membres n'ont aucun lien avec l'industrie de l'assurance des personnes.

Sociétés membres

Toutes les sociétés d'assurances de personnes régies par les gouvernements fédéral ou provinciaux du Canada peuvent être membre de l'OAP. Les sociétés d'assurances de personnes membres de l'OAP sont appelées « sociétés membres ». Les clients des sociétés membres ont accès au service de règlement de différends indépendant de l'OAP.

Nous sommes heureux de vous présenter les sociétés membres au 31 juillet 2014 :

Acadie Vie	FaithLife Financial	Société d'Assurance Vie MD
Aetna Life Insurance Company	Financière Manuvie	Société de fiducie Standard Life
Allianz Life Insurance Company of North America	Financière Sun Life	SSQ Groupe financier
American Bankers Compagnie d'Assurances Générales de la Floride	First Canadian Insurance Corporation	SSQ, Société d'assurance inc.
American Bankers Compagnie d'Assurances -Vie de la Floride	Foresters	SSQ, Société d'assurance-vie inc.
American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie	Foresters, Compagnie d'assurance vie	Sun Life Assurances (Canada) limitée
Association d'Hospitalisation Canassurance	Gerber Life Insurance Company	Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie	GMS Insurance Inc.	TD, Compagnie d'assurance-vie
Assurance Standard Life limitée	Green Shield Canada	The Wawanesa Life Insurance Company
Assurance-Vie ACE INA	Group Medical Services	Transamerica Vie Canada
Assurance-Vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie	Hartford Life Insurance Company	Triton Insurance Company
Assurant Solutions	Humania Assurance Inc.	Western Life Assurance Company
Assurant Vie du Canada	Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.	
BMO Compagnie d'assurance-vie	L'Assurance Financière CT	
BMO Société d'assurance-vie	L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie	
British Columbia Life & Casualty Company (BC Life) Canada-vie	L'Équitable Compagnie d'Assurance-Vie du Canada	
Canassurance compagnie d'assurance	L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie	
Chevaliers de Colomb	L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance	
CIGNA du Canada compagnie d'assurance sur la vie	La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.	
Co-operators, Compagnie d'Assurance-Vie	La Capitale assureur de l'administration publique inc.	
Compagnie d'assurance Combined d'Amérique	La Compagnie d'Assurance Générale Co-operators	
Compagnie d'assurance générale RBC	La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS	
Compagnie d'assurance RBC du Canada	La Compagnie d'Assurance-vie La Capitale Sécurité Financière	
Compagnie d'assurance Standard Life 2006	La Compagnie d'assurance-Vie North America	
Compagnie d'Assurance Standard Life du Canada	La Compagnie d'Assurance-vie Primerica du Canada	
Compagnie d'assurance-vie RBC	La Great-West, compagnie d'assurance-vie	
Compagnie d'assurance-vie CIBC Limitée	La Nord-américaine, première compagnie d'assurance	
Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada	La Reliable, Compagnie D'Assurance-Vie	
Compagnie d'Assurance-Vie Pavonia de Michigan	La société d'assurance-vie des enseignantes et enseignants (fraternelle)	
Compagnie d'assurance-vie Première du Canada	La Société Fraternelle Actra	
Compagnie d'assurance-vie Principal	Liberty Life Assurance Company of Boston	
Compagnie d'assurance-vie State Farm International Ltée	London Life, Compagnie d'Assurance-Vie	
Compagnie d'assurances générales Legacy	Manitoba Blue Cross	
Compagnie d'assurances New York Life	Manuvie Canada Ltée	
Connecticut General Life Insurance Company	Optimum Réassurance inc.	
Coordinateurs en assurance voyage TIC Itée	Pacific Blue Cross	
Croix Bleue Medavie	Partner Reinsurance Europe SE	
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie	Saskatchewan Blue Cross	
	SCOR Global Life	
	Scotia-Vie compagnie d'assurance	

BUREAUX

Ombudsman des assurances de personnes

2001, rue University, 17^e étage
Montréal (Québec)
H3A 2A6

Ombudsman for Life & Health Insurance

401, rue Bay, boîte postale 7
Toronto (Ontario)
M5H 2Y4

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2013-2014

Présidente

Dr. Janice MacKinnon ^{1,3}

Professeure à l'Université de la Saskatchewan, et ancienne ministre des Finances de la Saskatchewan

Administrateurs indépendants

Lea Algar ²

Présidente du conseil d'administration, Service de conciliation en assurance de dommages, et ancienne ombudsman des assurances de l'Ontario

Bruce Cran ¹

Président, Association des consommateurs du Canada

Yves Rabeau ¹

Professeur d'économie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Reginald Richard ^{2,3}

Ancien surintendant des assurances du Nouveau-Brunswick

Administrateurs sectoriels

Claude Garcia ²

Administrateur de sociétés, et ancien président, Compagnie d'assurance Standard Life

Dr. Dieter Kays ¹

Ancien président et chef de la direction de FaithLife Financial

Dan Thornton ³

Ancien chef de l'exploitation de The Co-operators Life Insurance Company

¹ Membre du Comité de gouvernance

² Membre du Comité des normes

³ Membre du Comité des ressources humaines

États financiers du

**SERVICE DE CONCILIATION DES
ASSURANCES DE PERSONNES
DU CANADA**

(EXERÇANT SES ACTIVITÉS SOUS LE NOM D'OMBUDSMAN DES
ASSURANCES DE PERSONNES)

Exercice clos le 31 mars 2014



KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.
Comptables agréés
Bay Adelaide Centre
333, rue Bay Bureau 4600
Toronto (Ontario) M5H 2S5
Canada

Téléphone 416-777-8500
Télécopieur 416-777-8818
Internet www.kpmg.ca

RAPPORT DES AUDITEURS INDÉPENDANTS

Aux sociétés membres du
Service de conciliation des assurances de personnes du Canada

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (exerçant ses activités sous le nom d'Ombudsman des assurances de personnes), qui comprennent le bilan au 31 mars 2014, les états des résultats et des variations du solde du fonds de fonctionnement, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi que les notes, qui comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité des auditeurs

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève de notre jugement, et notamment de notre évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, nous prenons en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada au 31 mars 2014 ainsi que de ses résultats d'exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

(signé : KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.)

Comptables professionnels agréés, experts-comptables autorisés

Le 26 juin 2014
Toronto, Canada

Bilan

31 mars 2014, avec informations comparatives pour 2013

	2014	2013
Actif		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 2)	499 205 \$	570 202 \$
Dépenses recouvrables et acomptes	13 513	14 198
	<u>512 718</u>	<u>584 400</u>
Immobilisations (note 3)	100 808	116 694
	<u>613 526 \$</u>	<u>701 094 \$</u>

Passif et solde du fonds

Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer	93 033 \$	127 600 \$
Tranche à court terme des incitatifs à la location reportés	8 498	8 498
	<u>101 531</u>	<u>136 098</u>
Incitatifs à la location reportés	41 781	50 277
Solde du fonds		
Fonds de fonctionnement		
Investissement en immobilisations	100 808	116 694
Fonds non affecté	369 406	398 025
	<u>470 214</u>	<u>514 719</u>
Engagements (note 5)		
	<u>613 526 \$</u>	<u>701 094 \$</u>

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Au nom du conseil,

_____, administrateur

_____, administrateur

État des résultats et des variations du solde du fonds de fonctionnement

Exercice clos le 31 mars 2014, avec informations comparatives pour 2013

	2014	2013
Produits		
Cotisations générales	1 774 250 \$	1 695 229 \$
Placements	6 640	8 237
	<u>1 780 890</u>	<u>1 703 466</u>
Charges		
Personnel et services de règlement des litiges	1 092 321	994 637
Honoraires du conseil d'administration	128 784	147 492
Loyers	111 113	123 796
Honoraires professionnels	173 350	252 753
Réunions du conseil et déplacements	49 417	56 418
Technologie de l'information	75 889	78 348
Frais de gestion	47 460	44 070
Réunions du personnel et déplacements	35 025	50 419
Fourniture et services	37 413	38 620
Télécommunications	24 997	26 886
Assurances	11 620	10 433
Formation et perfectionnement	6 531	5 662
Amortissement des immobilisations	23 560	18 380
Frais des installations – Toronto	5 602	7 019
Traduction	1 853	4 529
Charges liées au RCSF	460	179
Perte à la cession d'immobilisations	–	1 835
	<u>1 825 395</u>	<u>1 861 476</u>
Insuffisance des produits par rapport aux charges	(44 505)	(158 010)
Solde du fonds de fonctionnement au début de l'exercice	514 719	672 729
Solde du fonds de fonctionnement à la clôture de l'exercice	470 214 \$	514 719 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

État de l'évolution de l'actif net

Exercice clos le 31 mars 2014, avec informations comparatives pour 2013

	2014			2013		
	Investissements en immobilisations	Fonds de fonctionnement non affecté	Total	Investissements en immobilisations	Fonds de fonctionnement non affecté	Total
Actif net à l'ouverture de l'exercice	116 694 \$	398 025 \$	514 719 \$	64 289 \$	608 440 \$	672 729 \$
Insuffisance des produits par rapport aux charges	(23 560)	(20 945)	(44 505)	(20 215)	(137 795)	(158 010)
Évolution des investissements en immobilisations, montant net	7 674	(7 674)	–	72 620	(72 620)	–
Actif net à la clôture de l'exercice	100 808 \$	369 406 \$	470 214 \$	116 694 \$	398 025 \$	514 719 \$

État des flux de trésorerie

Exercice clos le 31 mars 2014, avec informations comparatives pour 2013

	2014	2013
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement		
Insuffisance des produits par rapport aux charges	(44 505)\$	(158 010)\$
Éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	23 560	18 380
Amortissement des incitatifs à la location	(4 491)	(4 493)
Perte à la cession d'immobilisations	–	1 835
Variation des éléments hors caisse du fonds de roulement lié au fonctionnement		
Dépenses recouvrables et acomptes	685	(8 012)
Créditeurs et charges à payer	(34 567)	43 322
	(59 318)	(106 978)
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement		
Nouvelles immobilisations	(11 679)	(76 625)
Diminution de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	(70 997)	(183 603)
Trésorerie et équivalents de trésorerie à l'ouverture de l'exercice	570 202	753 805
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice	499 205 \$	570 202 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Exercice clos le 31 mars 2014

Le Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (le « SCAPC ») est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Partie II de la *Loi sur les corporations canadiennes* dans le but de venir en aide aux consommateurs souhaitant exposer un problème ou formuler une plainte au sujet d'un service ou d'un produit d'assurances de personnes au Canada. Le SCAPC est exonéré de l'impôt sur le revenu en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada), pourvu qu'il respecte certaines dispositions de cette loi. Le SCAPC a commencé à exercer ses activités sous le nom d'Ombudsman des assurances de personnes le 17 août 2009.

1. Principales méthodes comptables

Les présents états financiers ont été préparés par la direction conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

a) Instruments financiers

Le SCAPC classe ses placements à court terme comme étant détenus à des fins de transaction et, par conséquent, ces placements sont évalués à la juste valeur.

La valeur comptable des actifs et passifs financiers se rapproche de leur juste valeur, étant donné l'échéance à court terme de ces instruments financiers.

b) Comptabilité par fonds

Les présents états financiers sont établis selon la méthode de comptabilisation par fonds affecté, selon laquelle les activités du fonds d'administration générale et celles du fonds affecté sont présentées de façon distincte. Le fonds de fonctionnement rend compte des ressources non affectées.

c) Constatation des produits

Les charges liées aux cotisations constituent la principale source de produits du SCAPC. Les charges sont comptabilisées à titre de produits dans l'exercice d'adhésion auquel elles se rapportent.

Les revenus de placement sont comptabilisés à titre de produits lorsqu'ils sont gagnés.

1. Principales méthodes comptables (suite)

d) Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût, moins l'amortissement cumulé. Les immobilisations sont amorties sur leur durée de vie estimative, selon les méthodes d'amortissement et les taux annuels suivants :

Immobilisations	Méthode	Taux
Mobilier de bureau	Solde dégressif	20 %
Matériel de bureau	Solde dégressif	20 %
Matériel informatique	Linéaire	4 ans
Améliorations locatives	Linéaire	Durée du contrat

e) Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs reçus du propriétaire à l'égard des locaux loués sont reportés et amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée du bail. Les avantages incitatifs relatifs aux baux sont portés en diminution des charges locatives sur la durée du bail.

f) Incertitude relative à la mesure

La préparation d'états financiers exige que la direction fasse des estimations et qu'elle pose des hypothèses sur la valeur comptable des actifs et des passifs et sur les informations relatives aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur la valeur comptable des produits et des charges de l'exercice à l'étude. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

2. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent le solde de trésorerie et les comptes d'épargne à intérêt élevé. La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent des montants suivants :

2014	Juste valeur	Valeur comptable
Trésorerie	80 292 \$	80 292 \$
Placements à court terme	418 913	418 913
	499 205 \$	499 205 \$

2. Trésorerie et équivalents de trésorerie (suite)

2013	Juste valeur	Valeur comptable
Trésorerie	157 929 \$	157 929 \$
Placements à court terme	412 273	412 273
	570 202 \$	570 202 \$

Les placements à court terme, d'un montant global de 418 913 \$ (412 273 \$ en 2013) sont détenus dans des comptes d'épargne à intérêt élevé et portent intérêt à des taux effectifs allant de 1,25 % à 1,30 % (1,25 % à 1,30 % en 2013). Les intérêts sont encaissables mensuellement.

3. Immobilisations

2014	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	29 189 \$	21 143 \$	8 046 \$
Matériel de bureau	8 918	1 817	7 101
Matériel informatique	75 894	27 302	48 592
Améliorations locatives	64 186	27 117	37 069
	178 187 \$	77 379 \$	100 808 \$

2013	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	29 189 \$	19 132 \$	10 057 \$
Matériel de bureau	5 138	514	4 624
Matériel informatique	67 995	9 315	58 680
Améliorations locatives	64 185	20 852	43 333
	166 507 \$	49 813 \$	116 694 \$

4. Opérations effectuées avec l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes inc. (l'« ACCAP »)

Au cours de l'exercice, l'ACCAP a fourni des services de gestion au SCAPC, soit principalement des services d'administration, pour un montant global de 51 038 \$ (87 010 \$ en 2013), y compris les taxes applicables.

5. Engagements

Le SCAPC loue des bureaux à Toronto et à Montréal. Les paiements minimums exigibles en vertu des baux existants s'établissent comme suit :

2015	62 000 \$
2016	64 000
2017	35 000
2018	35 000
2019	35 000
Par la suite	35 000

6. Gestion des risques liés aux instruments financiers

Le SCAPC a adopté des politiques relatives à la détection, au suivi et à la réduction des risques liés aux instruments financiers. Les principaux risques liés aux instruments financiers sont le risque de crédit et le risque de taux d'intérêt. La façon dont le SCAPC gère chacun de ces risques est décrite ci-dessous :

a) Risque de crédit

Le risque de crédit désigne le risque qu'une contrepartie ne s'acquitte pas de son obligation à l'égard du SCAPC. L'exposition du SCAPC au risque de crédit est limitée étant donné qu'il détient une part importante de ses actifs sous forme de trésorerie et de comptes d'épargne à intérêt élevé ainsi que des instruments émis par le gouvernement du Canada notés AAA. L'exposition maximale au risque de crédit au 31 mars 2014 est liée à de la trésorerie et des équivalents de trésorerie pour un total de 499 205 \$ (570 202 \$ en 2013).

b) Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt désigne le risque que la valeur de marché des placements du SCAPC fluctue avec les taux d'intérêt du marché. Le risque est considéré comme négligeable étant donné que le SCAPC détient une part importante de ses actifs en trésorerie et en comptes d'épargne à intérêts élevés.